

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO COM O PACIENTE PORTADOR DE HANSENÍASE

THE ROLE OF THE NURSES IN THE CARE OF PATIENTS WITH LEPROSY

BRENO SOUSA GOMES¹; GIULIANA BEATRIZ SIQUEIRA ²; MARIANNY
DOMINGUES SILVA³; RAÍZA PEIXOTO GOMES⁴; ARISSA FELIPE BORGES⁵

RESUMO

O objetivo do trabalho foi analisar a atuação do enfermeiro no controle da hanseníase, abordando as práticas da assistência e promoção de saúde, visando a melhoria da qualidade de vida dos infectados e buscando minimizar os números de novos casos considerando o tratamento efetivo para cura e reabilitação disponibilizado pelo SUS. Neste estudo foi realizado uma revisão da literatura utilizando como instrumento de pesquisa, artigos, guias de saúde, boletins epidemiológicos e publicações científicas nacionais e internacionais, no que concerne à temática da Hanseníase e a atuação do enfermeiro no controle da doença. Após todos os estudos que se realizou pode-se observar o quão importante é o trabalho do enfermeiro ao paciente portador de hanseníase. É durante a consulta de enfermagem que o paciente é orientado sobre a evolução e tratamento da doença, bem como, o cuidado com família e pessoas do convívio. O vínculo entre enfermeiro-paciente deve ser muito bem estabelecido, garantindo assim a confiança desse indivíduo para manter o tratamento, levar quem é de seu convívio e que podem ser possivelmente contaminadas para o posto de saúde e também serem consultadas, além de se abrir com o profissional sobre inseguranças e medos referentes à doença. O conhecimento e olhar crítico do enfermeiro deve estar presente para amenizar as sequelas e traumas aos pacientes, sempre buscando ser um atendimento eficiente e humanizado.

Palavras-chave: Hanseníase. Cuidados de enfermagem em hanseníase. SUS.

ABSTRACT

The objective of the study was to analyze the role of nurses in the control of leprosy, addressing care practices and health promotion, aiming to improve the quality of life of those infected and seeking to minimize the number of new cases considering effective treatment for cure and rehabilitation provided by SUS. In this study, a literature review was carried out using articles, health guides, epidemiological bulletins and national and international scientific publications as a research instrument, regarding the theme of leprosy and the role of nurses in disease control. After all the studies that we carried out, we can see how important the work of nurses is to patients with leprosy. It is during the nursing consultation that the patient is oriented about the evolution and treatment of the disease, as well as care for the family and people around them. The link between nurse-patient must be very well established, thus guaranteeing the confidence of this individual to maintain the treatment, take those who are close to them and who may be possibly contaminated to the health center and also be consulted, in addition to being open with the professional about insecurities and fears related to the disease. The nurses' knowledge and critical view must be present to alleviate the sequelae and trauma to patients, always seeking to provide efficient and humanized care.

Keywords: Leprosy. Nursing leprosy.

¹ Graduando do curso de Enfermagem da Faculdade Unida de Campinas – FacUnicamps, Goiânia/GO. E-mail: brenoenfermagem18@hotmail.com

² Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade Unida de Campinas – FacUnicamps, Goiânia/GO. E-mail: mariannyenf12@hotmail.com

³ Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade Unida de Campinas – FacUnicamps, Goiânia/GO. E-mail: giubsiqueira@gmail.com

⁴ Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade Unida de Campinas – FacUnicamps, Goiânia/GO. E-mail: raizapgomes@hotmail.com

⁵ Orientadora Prof^a Dr^a Arissa Felipe Borges – FacUnicamps, Goiânia/GO. E-mail: arissa.borges@facunicamps.edu.br

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae* que acomete os nervos mais superficiais da pele e troncos nervosos periféricos localizados na face, pescoço, terço médio do braço e abaixo dos cotovelos e joelhos, assim como, os olhos e órgãos internos. A progressão da doença acontece de forma lenta e gradativa, e quando não tratada, torna-se transmissível por aerossóis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). O grande problema da doença é o diagnóstico tardio devido a manifestações silenciosas e inicialmente causando deformações físicas e incapacitantes, além de dano psicológico e preconceito aos afetados (BRITO; ARAÚJO; UCHÔA, 2014). A doença pode se manifestar em quatro formas diferentes sendo elas: tuberculóide, dimorfa, indeterminada e virchowiana. Essas formas são divididas entre paucibacilar, com comprometimento de apenas uma região anatômica ou tronco nervoso, e multibacilar, com comprometimento de várias regiões anatômicas ou mais de um tronco nervoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

A hanseníase faz parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública e em 2019, foram notificados 27.864 casos no Brasil, sendo considerado um país de alta carga para a doença e classificado como o segundo com mais casos do mundo (OMS, 2020). No ano de 2019, foram notificados 61 novos casos de hanseníase no estado de Goiás, tendo um grande aumento de notificações no ano de 2020, com o número de 977 novos casos (DATASUS, 2020).

A pesquisa se justifica pelo alto número de notificações, sendo também levado em conta os casos não notificados e a necessidade de ser trabalhado pela equipe de enfermagem na saúde básica. Visto que, o enfermeiro assistencial tem a sua função como um dos pontos principais no tratamento da hanseníase, por estar em contato frequente com a comunidade, assim como os programas de atenção básica e nos centros de atendimento aos portadores de hanseníase.

Sendo assim, o objetivo do trabalho é analisar a atuação do enfermeiro no controle da hanseníase, abordando as práticas da assistência e promoção de saúde, visando a melhoria da qualidade de vida dos infectados e buscando minimizar os números de novos casos, considerando o tratamento efetivo para cura e reabilitação disponibilizado pelo SUS. Avalia-se também os danos psicológicos gerados pela discriminação devido às lesões, assim como, traumas pessoais devido às deformidades desenvolvidas.

2 METODOLOGIA

Neste estudo foi realizada uma revisão da literatura utilizando como instrumento de pesquisa, artigos, guias de saúde, boletins epidemiológicos e publicações científicas nacionais e internacionais, no que concerne à temática da Hanseníase e a atuação do enfermeiro no controle da doença. A pesquisa utilizou as principais bases de dados, como: Ministério da Saúde, Google Acadêmico, Scielo e BVS, com os termos de indexação em português e inglês: Hanseníase, Cuidados de enfermagem em hanseníase, *leprosy*, *nursing leprosy*, SUS Hanseníase, publicados no período de 2011 a 2021.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Histórico

A hanseníase, antigamente chamada como lepra, parece ser uma das mais antigas doenças que acomete a sociedade desde os tempos Antes de Cristo e teve como berço a África/Ásia, se espalhando pelo resto do mundo. A doença é citada na Bíblia, acusando o portador como impuro e indigno de cuidado, como no trecho cita: “Quando um homem for atingido da lepra, será conduzido ao sacerdote, que o examinará. Se houver na sua pele um tumor branco, e esse tiver branqueado o cabelo, e aparecer a carne viva no tumor, é lepra inveterada na pele de seu corpo; o sacerdote o declarará impuro; não o encerrará, porque é imundo” (BÍBLIA, 2008).

Para os hebreus, lepra significava uma condição anormal da pele e aparência das pessoas acometidas e por isso necessitavam de uma purificação. Sendo assim, hanseníase era constantemente considerada como um castigo de Deus ou maldição, e não uma patologia em si. Doenças como sífilis, micoses, eram confundidas e consideradas como lepra, e com isso, torna-se quase impossível determinar um número real de pessoas contaminadas desde sua aparição (FERREIRA, 2019).

O estigma acima do nome lepra foi gerado pela associação com as deformidades e lesões que a doença acabava causando ao portador da hanseníase. As associações e crenças populares, principalmente religiosas, acerca da doença, geraram preconceitos e problemas psicossociais imensos que afetam pessoas até hoje (FARIA; SANTOS, 2015).

A partir do Século XVII, o número de pessoas contaminadas pela hanseníase teve um decaimento na Europa, graças às melhorias das condições socioeconômicas e sanitárias ao longo das idades Moderna e Contemporânea. No Brasil, os primeiros casos documentados e citados de hanseníase foram descritos na cidade do Rio de Janeiro, em 1600. Já em 1737, há dados que mostravam a existência de 300 doentes com o mal de Lepra. Em 1740, foi realizada primeira Conferência Médica, no Rio de Janeiro, para definir um meio de prevenção da hanseníase. Já em 1741, por definição de médicos que faziam parte da corte portuguesa, “doentes da lepra” foram isolados de forma compulsória nos leprosários, piorando assim, a situação do preconceito e o estigma (FERREIRA, 2019).

No ano de 1873, Gerhardt Henrik Armauer Hansen descobriu a primeira evidência científica com o bacilo de Hansen ou *Mycobacterium leprae*, que caracteriza a primeira doença relacionada com bactéria em humano. Em 1897, na Alemanha, aconteceu o primeiro Congresso Internacional da Lepra. Na Noruega, em 1909, por meio de conferência ficou decidido o alto grau de contágio da doença, e assim, a melhor medida a se tomar era isolar os doentes, fazer a notificação compulsória, vigilância e observação dos parentes dos doentes, para caso houvesse algum sinal da doença. Mães contaminadas foram impedidas de amamentar seus filhos e afastadas dos seus bebês (FERREIRA, 2019).

Devido ao Decreto Federal nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923, adotou o modelo tripé no intuito de sanar o problema público de saúde, que era a lepra. Esse modelo tripé era formado pelo: Leprosário que abrigava os doentes; o Dispensário era um local para exames dos familiares que tiveram contato com os doentes, dos suspeitos de hanseníase e dos pacientes da forma Indeterminada e Tuberculóide; e o Preventório que abrigava os filhos de doentes ou possivelmente doentes que nasciam nos leprosários ou dispensários. Até o início da década de 1940, vários hospitais-colônias foram construídos com intuito de abrigar e isolar os afetados, criando a prática de segregação socioespacial (FERREIRA, 2019).

No final da década de 1940, o tratamento para hanseníase com sulfona causou uma severa diminuição dos casos e acometidos, colocando um fim na necessidade de reclusão/isolamento, o que conseqüentemente tornou possível a desativação dos antigos hospitais-colônia. Porém, somente em 1962, pelo Decreto Federal nº 968, a internação, reclusão e isolamento do indivíduo doente deixou de ser obrigatório (BELLAGUARDA *et al.* 2011).

Em 1976, a denominação lepra foi oficialmente substituída por hanseníase, englobando qualquer termo que se refere ao leproso. Essa substituição aconteceu buscando minimizar o estigma e preconceito tão intenso aos acometidos, e impulsionar a reabilitação e reintegração do mesmo à família e sociedade como um todo. Também nesses mesmo ano, uma portaria de

Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, decidiu implantar ações de educação em saúde para promover a prevenção e tratamento da doença, e o uso da vacina BCG (FARIA; SANTOS, 2015).

Em 1978, o ministério da saúde mudou o tratamento, que antes era feito com monoterapia sulfônica ou clofazimina, para um tratamento usando a rifampicina, indicado nos casos de hanseníase virchowiana e hanseníase dimorfa. Em 1981, com o aumento dos casos, a OMS definiu que seria usado um novo esquema terapêutico incluindo a rifampicina, que era conhecido como poliquimioterapia (PQT). No Brasil, só a partir de 1986, foi adotado esse esquema depois de uma avaliação e constatar que o número de casos anuais estava aumentando, principalmente nas pessoas menores de 15 anos. Entre os anos de 1989 e 1990, foi criado um plano emergencial para detectar todos os novos casos e tratar com PQT, e aplicar a vacina BCG em domicílio para saber a real prevalência da hanseníase no país (FERREIRA, 2019).

O Ministério da Saúde, no ano de 1991, definiu que o PQT seria a única forma de tratamento para a hanseníase no Brasil, fazendo com que os pacientes recebessem alta com apenas três anos de tratamento. No mesmo ano a OMS, na sua 44ª Assembleia Mundial da Saúde, definiu que a meta seria eliminar a doença até o ano 2000. Com essa meta definida, os pontos principais seriam: vigilância epidemiológica, tratamento com poliquimioterapia, e atenção às incapacidades. No ano de 1994, o Ministério da Saúde definiu uma nova classificação para os casos de hanseníase, para que se tenha um melhor tratamento, seriam esses os doentes Paucibacilares (Indeterminada e Tuberculóide) e Multibacilares (Dimorfa e Virchowiana) (VELLOSO; ANDRADE, 2002).

No ano de 1998, foi publicado pelo Governo Federal, o programa “Avança Brasil”, que fez com que as ações e promoções em saúde servissem para ajudar o Ministério da Saúde a controlar e reduzir a incidência da hanseníase no Brasil. Em 2000, o tratamento da hanseníase foi modificado no Brasil, fazendo com que os pacientes Paucibacilares fizessem uso de apenas seis doses supervisionadas, e os pacientes Multibacilares com doze doses supervisionadas. O tratamento ROM (rifampicina, ofloxacina e minociclina) passou a ser usado em uma única dose para pacientes paucibacilares com pelas lesões na pele, que não tenha comprometimento em tronco nervoso (FERREIRA, 2019).

No ano de 2002, o Governo Federal, fez algumas modificações na Portaria nº 1.838, de 09/10/2002, com diretrizes e estratégias para a eliminação da hanseníase, promovendo um aumento nas verbas na área de detecção da prevalência da hanseníase no país, na atenção básica. Em 2008, aconteceu na Índia, o 17º Congresso Internacional de Hanseníase, que tinha como temas promoção em saúde, reabilitação e reinserção social do portador de hanseníase, bem

como, as estratégias a serem utilizadas, visando um mundo sem hanseníase. Em 2013, realizou-se o 18º Congresso Internacional de Hanseníase, em Bruxelas-Bélgica (FERREIRA, 2019).

Em 2020, com a chegada da epidemia da COVID-19, houve uma grande influência no diagnóstico e no acompanhamento da hanseníase. O Brasil, diagnosticou 13.817 casos de hansenianos, 672 que totalizam uma porcentagem de 4,9% em pessoas menores de 15 anos, com o Maranhão em primeiro lugar, e depois seguido pelo Pará e Pernambuco. Na população geral, o Mato Grosso é o estado que mais apresentou o número de crescimento, totalizando 1.853 novos casos de pessoas com hanseníase, seguido do Maranhão, Pará e Pernambuco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Em 2020, o Ministério da Saúde emitiu uma nota técnica com um projeto novo de implantação, que foi adiado em decorrência da pandemia da COVID-19, pelo desabastecimento de medicamentos. Após 01 de julho de 2021, todos os pacientes paucibacilares devem usar o novo esquema terapêutico, que passa a ser denominado Poliquimioterapia Única (PQT-U), que é um tratamento medicamentoso da hanseníase que envolve o uso de três antimicrobianos: rifampicina, dapsona e clofazimina, e está disponível para crianças e adultos de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Foi desenvolvido esse esquema para que a *Mycobacterium leprae*, que é bactéria causadora da doença, não venha a desenvolver uma certa resistência quando usado apenas um tipo de antibiótico. Para a definição do tempo de uso desse tratamento, irá depender do tipo de hanseníase que o paciente apresenta. Para pacientes com a forma paucibacilar a duração do tratamento é de seis meses, e para pacientes multibacilar o tratamento dura doze meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

3.2 Formas clínicas

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica sistêmica, causada pelo agente *Mycobacterium leprae* que acomete o indivíduo de forma dermatológica e neurológica, apresentando alterações imunológicas e reumatológicas. A doença é classificada em quatro tipos de formas clínicas, divididas de acordo com as características específicas, gravidade e áreas afetadas. Devido à capacidade de afetar troncos nervosos, a hanseníase é classificada de duas formas: paucibacilar em que a área acometida é apenas a um tronco nervoso ou região anatômica, e multibacilar por se tratar de várias regiões anatômicas ou troncos nervosos acometidos. Dentro da forma paucibacilar, tem-se as formas indeterminada e tuberculóide. Já

na forma Multibacilar incluem as formas dimorfa e virchowiana (BRITO; ARAÚJO; UCHOA, 2017).

A forma indeterminada, paucibacilar, todos os pacientes passam por essa fase no início da doença, sendo ela perceptível ou não, afeta crianças abaixo de 10 anos, sendo raramente encontrada em adolescentes e adultos que tiveram contato com pacientes com hanseníase, normalmente um paciente com hanseníase multibacilar não diagnosticado, devido ao pouco tempo de doença. A lesão normalmente é única e mais clara do que a pele ao redor, há perda da sensibilidade costuma ser preservada, bordas mal delimitadas, e seca. A forma tuberculóide apresenta-se por manchas elevadas totalmente anestésicas, bem delimitadas e com o centro mais claro do que o resto da lesão, formando um tipo de círculo. Pode se manifestar também como espessamento de um único nervo e a total perda de sensibilidade em toda área que ele inerva.

Nessa forma da doença, o sistema imune da pessoa acometida consegue destruir todos os bacilos espontaneamente. A hanseníase dimorfa caracteriza-se por várias manchas na pele em tons avermelhados ou esbranquiçados, apresentando bordas elevadas e sem delimitação nas bordas, ou por várias lesões bem semelhantes às formadas na forma da hanseníase tuberculóide, diferenciando apenas pelas bordas pouco definidas. A sensibilidade é totalmente afetada, havendo diminuição da sudorese e vasorreflexia à histamina. Os nervos periféricos são comprometidos de forma assimétrica, evidenciando os danos ao exame clínico. O tempo de incubação é muito longo, cerca de 10 anos em média. A forma mais contagiosa da doença é a hanseníase virchowiana, é caracterizada pela pele avermelhada, seca, com os poros dilatados salvando as áreas quentes do organismo como o couro cabeludo, axilas e meio da coluna lombar. Formam-se nódulos escurecidos, endurecidos e assintomáticos, denominados hansenomas. A sudorese é reduzida ou até mesmo ausente em quase todo organismo, com exceção das áreas quentes, onde se torna mais intensa. Os nervos periféricos são espessados de forma simétrica, afetando a sensibilidade térmica, dolorosa e tátil de toda região que o mesmo inerva. O indivíduo infectado pode relatar câimbras, formigamento em membros e artralgia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O contágio ocorre devido ao contato próximo e prolongado de uma pessoa que já tem uma maior chance de adoecer (geralmente pessoas da mesma família e genética) com um indivíduo com hanseníase não tratada, provavelmente sem conhecer a real situação de estar contaminado. A bactéria é transmitida por gotículas e não por contato direto com o afetado ou objetos utilizados pelo mesmo (XAVIER, 2014).

3.3 Diagnóstico Clínico

Para o diagnóstico clínico, segundo o Guia para o Controle da Hanseníase (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), é importante seguir um roteiro, começando pela anamnese que será umas das partes principais nesse primeiro contato, seguido de avaliação dermatológica, neurológica e laboratorial.

A anamnese é o ponto inicial para o diagnóstico de hanseníase, deve ser feita com bastante atenção para que se consiga coletar o máximo de informações com detalhes, que serão bastante importantes no diagnóstico, e conseqüentemente no exame clínico. Deve ser realizada conversando com o paciente sobre o aparecimento de possíveis lesões, manchas, nódulos, sensibilidade em alguma área do corpo, e há quanto tempo está com esses sintomas. Não se esquecendo de também registrar se o paciente tem antecedentes com a doença, ou até mesmo, se teve contato com alguém que tenha hanseníase (LASTORIA; ABREU, 2012).

A avaliação dermatológica visa identificar manchas e lesões na pele que são características da hanseníase. Essa avaliação deve ser feita no paciente no sentido céfalo-caudal. Quando forem identificadas as manchas ou lesões, deverá ser feito primeiramente o teste de sensibilidade. A primeira sensibilidade a se alterar é a térmica, depois a dolorosa e por fim a tátil. Para o primeiro exame que é o térmico, deve deixar bem claro ao paciente o procedimento a ser realizado, já que na hora do teste ele precisará estar de olhos fechados. O exame será feito no lugar da lesão, alternando com um local diferente na pele, para que o paciente sinta a diferença de quando tocado na lesão com o calor ou frio. Nesta etapa deverá ser usada água gelada e quente em diferentes tubos de ensaio. No caso de não ter os tubos, pode-se utilizar algodão com éter ou álcool para simular o frio. Para o segundo teste, de sensibilidade dolorosa, deverá ser utilizada uma agulha de insulina. A ponta da agulha deverá ser encostada com uma leve pressão para não perfurar o paciente, alternando com a área externa e interna da lesão. A ausência de sensibilidade é um possível diagnóstico para a hanseníase (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Já no teste de sensibilidade tátil, deverá ser utilizado algo sensível como a ponta de um fio dental, ou até mesmo um leve toque com algodão na área afetada, sempre comparando com alguma área da pele normal. Por último vem a avaliação neurológica, essa avaliação é muito importante para identificar neurites, e deve ser realizada já no momento do diagnóstico, se estendendo a cada três meses (se não vier a ter nenhuma queixa de dor, latejamento nos nervos ou fadiga muscular) até o final do tratamento. Essa frequência com que deve ser realizada é para que não tenha nenhum dano às atividades motoras, que são causadas pelo

comprometimento dos nervos. Os nervos periféricos mais afetados na hanseníase são os nervos que passam pela face (trigêmeo, facial e auricular), braços (radial, mediano e ulnar) e pernas (tibial e fibular comum). Para o diagnóstico das lesões neurológicas deverá ser realizado uma inspeção do nariz, olhos, pés e mãos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Na inspeção dos olhos, deve-se verificar se existe algum dano causado pelo bacilo. Deverá ser perguntado se o paciente sente ardência, coceira, vistas embaçadas, ressecamento dos olhos, pálpebras pesadas, lacrimejamento ou outros sintomas. Observar se existe vermelhidão, presença de nódulos, infiltração, secreção, ausência de sobrancelhas, desabamento da pálpebra inferior, ou opacidade da córnea. Por último, se existe alguma alteração no tamanho ou contorno das pupilas, se há reação nas mesmas, e ainda se apresentam-se pretas ou esbranquiçadas. No teste de sensibilidade dos olhos, deverá ser usado um fio dental (sem sabor). Na inspeção do nariz, será verificado se há algum dano causado pelo bacilo na cartilagem e/ou mucosa do nariz. Perguntar ao paciente se houve episódios de sangramento, ressecamento ou alguma sensação de nariz entupido. Observar a pele, caimento do nariz, condições da mucosa, e septo nasal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Durante a inspeção de membros superiores, verifica-se sinais que podem estar interferindo na força muscular, dormência, sintomas que estão diretamente ligados a uma deficiência nos nervos periféricos que inervam as mãos. Observar também se há calosidades, fissuras, cicatrizes, atrofia musculares e ressecamento da pele. Para os membros inferiores, atentar-se às queixas de dor, dormência, diminuição da força e inchaço. Observa-se a qualidade da pele, sinais de ressecamentos, fissuras, úlceras, reabsorção óssea, atrofia musculares e outros sintomas. Pedir ao paciente que caminhe, para que seja observado o modo de andar do paciente, que pode apresentar características de um possível comprometimento neural (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Na palpação dos troncos nervosos periféricos, tanto de membros superiores, quanto inferiores, deve-se verificar quando palpado o nervo se há presença de dor ou choque no trajeto do nervo, se há endurecimento ou amolecimento do nervo ou apresenta aderências. Para o teste de força muscular, deverá ser observado se há alguma disfunção nos músculos inervados que passam pelas mãos e pés. Ficar atento se o paciente realiza os movimentos de força contra a gravidade com resistência e completo, se há alguma limitação para realizar o movimento, ou se há contração muscular sem movimento. Para o teste de sensibilidade em pés e mãos, deverão ser usadas monofilamentos de Semmes – Weinstein (6 monofilamentos: 0,05 g, 0,2 g, 2 g, 4 g, 10 g e 300 g), quando na sua falta, pode ser usada a ponta de uma caneta. Quando não houver

uma resposta ao toque, isso indica que existe um comprometimento da sensibilidade protetora (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

3.4 Sistematização de Enfermagem

A consulta de enfermagem foi regulamentada em caráter nacional através da Lei Nº 7.498/86 e pelo Decreto Nº 94.406/87, artigo 11º. A Resolução do COFEN nº 358/2009, torna obrigatória a consulta de enfermagem em todos os níveis da assistência. Considerada uma atividade privativa do enfermeiro, a consulta de enfermagem é determinada como uma modalidade de prestação de assistência direta ao cliente. Sempre sendo fundamentada nos valores éticos e morais da profissão, as ações de enfermagem devem seguir o Código de Ética, respeitando os direitos dos que necessitam e garantindo a promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação dos indivíduos de forma eficiente, individual, humanizada e segura (PAMPLONA *et al.* 2015).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia privativa do enfermeiro que visa acompanhar o paciente por um todo, utilizando ferramentas específicas para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do paciente, família e comunidade. A sistematização da assistência de enfermagem consiste em um conjunto de ações que possibilitam conhecer o problema, assim como acompanhar, intervir e encaminhar para uma recuperação eficaz, além de promover a promoção da saúde. O enfermeiro deve utilizar a SAE para um melhor atendimento para cada paciente de forma individual e humanizada (VIEIRA *et al.* 2004).

De acordo com o COREN (2009), a prática de enfermagem é organizada em 5 etapas:

I. Histórico de Enfermagem consiste em obter informações sobre o paciente, considerando o ambiente, família e sociedade, e sobre suas respostas no momento do processo da saúde-doença. Esse processo deve ser feito de forma sistemática e contínua;

II. Diagnóstico de Enfermagem é o processo em que o profissional de enfermagem interpreta e agrupa as informações coletadas durante o Histórico de Enfermagem e realiza a tomada de decisão que irá se embasar durante a seleção das ações e/ou intervenções objetivando os resultados esperados;

III. Planejamento de Enfermagem determina os resultados a serem alcançados identificados e decididos durante a etapa de Diagnóstico de Enfermagem;

IV. Implementação é a etapa em que se realiza as ações e/ou intervenções que foram determinadas durante o Planejamento de Enfermagem.

V. Avaliação de Enfermagem é a última etapa do Processo de Enfermagem. Esse processo avalia e verifica as mudanças no estado e respostas do indivíduo em questão, observando, e também avaliando se as intervenções de enfermagem estabelecidas durante todo o processo alcançaram os resultados esperados e propostos ou se serão necessárias adaptações ou mudanças na implementação dos cuidados.

Durante o tratamento da hanseníase, o enfermeiro deve oferecer apoio atendendo e esclarecendo as dúvidas relacionadas ao impacto do diagnóstico de hanseníase, prestar a orientação adequada quanto à prevenção de incapacidades, autocuidado e todo desconforto decorrente do tratamento. Utilizando ferramentas necessárias para criar um vínculo, paciente e enfermeiro. A consulta de enfermagem é indispensável nesse processo de criar esse vínculo. O enfermeiro, durante a consulta, constrói um processo de confiança e compromisso com o paciente, motivando-o e, ao mesmo tempo, direcionando-o em todas as fases do processo de cuidado, a probabilidade de abandonar o tratamento será mínima (CARVALHO *et al.* 2015).

O enfermeiro deve estar ciente do estigma e traumas psicológicos que podem se relacionar, diretamente, e o estigma do preconceito com o grau de incapacidade física, adquirida pela doença. As consequências resultam em deformidades que são capazes de diminuir a mobilidade e capacidade, limitar a vida social e podendo causar problemas psicológicos. A educação em saúde, juntamente com o apoio psicossocial, não deve ser relegada a segundo plano, mas integrada na juntamente na SAE e a terapia medicamentosa para ter o efeito esperado do plano de cuidados, ou seja, a prevenção/diminuição das incapacidades e em consequência a redução e a eliminação do estigma da doença (PAMPLONA *et al.* 2015).

De acordo com o Caderno de Atenção Básica (2008) e a PNAB (2012), as atividades que compõe o papel do enfermeiro frente ao controle da Hanseníase são: inicialmente, identificar os sinais e sintomas característicos da patologia, realizar uma avaliação dos casos suspeitos e encaminhar à unidade de saúde; realizar a consulta de enfermagem e durante a mesma, solicitar os exames complementares para diagnóstico da doença, bem como, prescrever as medicações que se encontram nas normativas técnicas já estabelecidas pelo gestor municipal, levando em conta a disposição legal do profissional; de forma legível e completa, deve preencher a ficha de notificação para casos confirmados para hanseníase; avaliar o nível de comprometimento e incapacidade física dos acometidos e registrar de forma objetiva nos formulários e prontuários; realizar uma orientação ao paciente e os familiares, assim como, pessoas que estiveram próximas e do convívio, sobre o autocuidado referente à doença; orientar

ao paciente sobre técnicas simples que podem prevenir as incapacidades físicas; realizar o teste dermatoneurológico em todos os familiares e pessoas do convívio, bem como, orientar sobre a hanseníase e como todos devem realizar o autoexame com finalidade do tratamento precoce; registrar toda orientação e condutas realizadas aos intradomiciliares em prontuários; vacinar com o BCG todos que tiveram contato com o acometido e que não apresentam sinais da doença; quando houver necessidade, realizar a visita domiciliar e por fim, realizar todo planejamento das ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (planejamento, gerenciamento e avaliação).

O papel do enfermeiro no cuidado e controle da hanseníase se torna primordial pelo contato direto com o paciente, assim como os familiares. A consulta de enfermagem tem grande importância, pois é onde acontece a conscientização sobre os cuidados e autocuidados referentes a doença, orientação sobre a vacinação aos que não apresentaram sinais ou sintomas e acompanhamento dessas famílias, orientação sobre medicações e acompanhamento da evolução do tratamento (PAMPLONA *et al.*, 2015).

Referente à importância do trabalho do enfermeiro, pode-se destacar também o gerenciamento das atividades que trabalham o controle da doença, como palestras e oficinas para a comunidade, buscando informar e ensinar a identificação dos sinais e sintomas suspeitos, as notificações e sistema de registro dessas notificações e a parte epidemiológica e de vigilância dos casos (PAMPLONA *et al.* 2015).

4 CONCLUSÃO

Após todos os estudos que foram realizados, pode-se observar o quão importante é o manejo do enfermeiro frente ao diagnóstico dos pacientes com hanseníase, começando com a consulta de enfermagem, que nele constará exame físico, histórico familiar, diagnóstico e prescrição de enfermagem, seguido da evolução. Como o diagnóstico é clínico, o enfermeiro será a primeira peça para que esse diagnóstico seja feito precocemente, e de maneira eficaz antes mesmo que comecem a aparecer sinais de lesões nervosas que trazem grandes prejuízos não só físicos, como também, psicológicos para o paciente. É o enfermeiro que faz todo o controle da doença, realizando o registro epidemiológico junto aos órgãos de saúde.

Hoje em dia, com a grande dimensão que se tornou o SUS, o enfermeiro está diretamente ligado desde a prevenção, até o controle da doença, onde atende principalmente nas Unidades Básicas de Saúde, realizando um trabalho humanizado e integral voltado para o paciente e a

família, já que, mesmo com tanto conhecimento e informação, ainda sofrem preconceito, e discriminação por parte da população.

O enfermeiro precisa garantir que esse paciente inicie o tratamento, e dê continuidade até o final, mostrando sempre ao paciente os benefícios que esse tratamento pode trazer para que tenha uma melhor qualidade de vida. E também é papel do enfermeiro prestar um crescimento educativo, de ensino e aprendizado para técnicos e auxiliares de enfermagem, não esquecendo dos agentes de saúde, das unidades básicas de saúde, mantendo a equipe sempre atualizada e capacitada.

5 REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde. DATASUS - ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE HANSENÍASE EM GOIÁS.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgiexe?sinannet/cnv/hanswgo.def>. Acesso em: 24 out. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático sobre a hanseníase - BRASÍLIA 2017.** Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_hansenia.pdf. Acesso em: 09 out. 2021.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE- Secretaria de vigilância em saúde. Ministério da saúde. **Boletim hanseníase 2021.** Disponível em: <https://www.gov.br/sau/pt-br/assuntos/media/pdf/2021/fevereiro/12/boletim-hanseniase--25-01.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOTA TÉCNICA Nº16/2021-CGDE/DCCI/SVS/MS e Portaria SCTIE/MS Nº 71.** Nota-tecnica-hans.pdf. Disponível em: <https://www.sbd.org.br/mm/cms/2021/06/30/nota-tecnica-hans.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRITO, K.; ARAÚJO, D.; UCHOA, R. et. al. Epidemiologia da hanseníase em um estado do nordeste brasileiro. **Rev.enferm on line.** UFPE. Recife. 2014. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000500024&script=sci...tln. Acesso em: 25 out. 2021.

CARVALHO, Lúcia Marina Alves de; LEAL, Gracelina Santos; CAVALCANTE, Jéssica Pereira; CRUZ, Monique Lopes da; SILVA, Pablo Ricardo Fernandes da; OLIVEIRA, Edilson Gomes de. **CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES COM HANSENÍASE: ORIENTAÇÕES E INCENTIVO AO TRATAMENTO.** Sistematização da assistência de enfermagem, Universidade estadual do Piauí, **S A N A R E**, ISSN:2317-7748, v.14 - Suplemento 1 - COPISP - 2015. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/684/387>. Acesso em: 13 out. 2021.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **RESOLUÇÃO DO COFEN 358/2009**. Brasília – DF, 15 de Outubro de 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 12 nov. 2021.

FERREIRA, I.N. Um Breve Histórico da Hanseníase. Revista Multidisciplinar – Faculdade do Noroeste de Minas. **HUMANIDADES & TECNOLOGIA EM REVISTA (FINOM)** - ISSN: 1809-1628. Ano XIII, P. 436 - 454 vol. 16, Jan/Dez. 2019.

FARIA, L; SANTOS, L. A. C. A hanseníase e sua história no Brasil: a história de um “flagelo nacional”. **LIVROS & REDES • Hist. cienc. saúde**-Manguinhos V. 22, N.4. Oct-Dec. 2015.

LAPCHENSK, A. F.; HARDT, L. P. A. Profilaxia reversa: o estigma da lepra do hospital para a cidade. Artigos • **Saúde soc.** v. 27 n. 4 – Oct/Dec. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180591>. Acesso em: 14 out. 2021.

LASTORIA, J.C.; ABREU, M.A.M.M. **Hanseníase: Diagnóstico e Tratamento**. Universidade Paulista, Botucatu, Hospital Regional e Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente. 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3329.pdf> Acesso em: 04 out. 2021.

LIMA, D.A.Q; CASSEMIR, A.N.S; MENDES, R.S.M; BRANCO, C.S.N; PAMPLONA, Y.A.P. Consulta de Enfermagem ao Portador de Hanseníase. **Revista Enfermagem Contemporânea**, V. 4 (2), P. 199-208. Julho/Dezembro 2015. Acesso em: 12 nov. 2021.

Trierveiler, Juliana; Rosa, Maria Catarina da; Bastiani, Janelice; Bellaguarda, Maria Lígia dos Reis. Trajetória do controle e do cuidado da hanseníase no Brasil / Historical trajectory control and care of leprosy in Brazil. *Hist. enferm., Rev. Eletrônica*. 2(1): 63-76, Jan-Jul. 2011. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/bdenf/2011/bde-25620/bde-25620-151>. Acesso em: 12 nov. 2021.

VELLOSO, A. P.; ANDRADE, V. A. **Hanseníase: curar para eliminar**. Porto Alegre: Edição das Autoras, 2002.

VIEIRA, Vivian B.; PATINE, Flávia S.; PASCHOAL, Vânia D.A.; BRANDÃO, Vânia Z. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de hanseníase: estudo de caso. **Arq Ciênc Saúde**. abr-jun;11(2): X-X. 2004. Disponível em: https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol-11-2/ac05%20-%20id%2013.pdf. Acesso em: 15 out. 2021.

XAVIER, M. B; *et al.* CORRELAÇÃO ENTRE AS FORMAS CLÍNICAS DA HANSENÍASE E O GRAU DE INCAPACIDADE NEUROLÓGICA. **Revista Paraense de Medicina** - V.28 (2), P. 15 - 21. Abril-junho 2014.



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO

Eu Guiliana Beatriz Siqueira da Silva RA 26879
 Declaro, com o aval de todos os componentes do grupo a:

AUTORIZAÇÃO ()

NÃO AUTORIZAÇÃO (X)

Da submissão e eventual publicação na íntegra e/ou em partes no Repositório Institucional da Faculdade Unida de Campinas – FACUNICAMPS e da Revista Científica da FacUnicamps, do artigo intitulado: O papel do enfermeiro no cuidado com o paciente portador de hanseníase.

De autoria única e exclusivamente dos participantes do grupo constado em Ata com supervisão e orientação do (a) Prof. (a): Luiza Felipe Borges

O presente artigo apresenta dados validos e exclui-se de plágio.

Curso: Enfermagem. Modalidade afim Graduação

Guiliana B Siqueira da Silva
 Assinatura do representante do grupo

 Assinatura do Orientador (a):

Obs: O aval do orientador poderá ser representado pelo envio desta declaração pelo email pessoal do mesmo.

Goiânia, 20 de Januário de 2022